Lane Medical Library 1882

Ein Fall von

traumatischem Leberabscess.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 21. December 1882

um 12 Uhr in der kleinen Aula

öffentlich vertheidigen wird

Ernst Weber,

cand. med.

aus Gardelegen.

Opponenten:

Dr. med. **F. Müller,** pract. Arzt.

Dr. med. **R. Hueter.**

Cand. med. **F. Meihoeffer.**

Greifswald.

Druck von F. W. Kunike.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0460

Seinen

Lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Hepatitis suppurativa gehört zu den in unserem Klima nur selten vorkommenden Krankheitsformen, um so häufiger begegnet man ihr unter den Tropen. Unsere besten Berichte, soweit sie die Tropen betreffen, stammen aus Indien, den holländischen und brittischen Colonien. Auch aus Algier haben einzelne dort stationirte Aerzte hierauf bezügliche Berichte veröffentlicht. Die Ansicht aller kompetenten Autoren geht dahin, dass die in den Tropen vorkommenden Leberabscesse, an denen in der Mehrzahl der Fälle die Europäer oder solche Eingeborene, die europäische Sitten angenommen haben, leiden, durch die in Folge des heissen Klimas und des unvernünftigen und unmässigen Alkoholgenusses entstehende Leberhyperämie und akute Entzündung des Organs hervorgerufen werden. Morehead legt besonders Gewicht auf das gemeinsame Vorkommen von grosser Hitze und Malaria, während R. Martin und andere in der Erkältung überhitzter Körperstellen ein disponirendes Moment sehen. Der Grund für die seltsame Erscheinung, dass die Eingebornen meist von der Krankheit

verschont bleiben, wird in der mässigen und nüchternen Lebensweise derselben gesucht. Ein Beweis für diese Ansicht ist gewissermassen der Umstand, dass die eingewanderten Europäer, nachdem sie sich an die Lebensart in den Tropengegenden gewöhnt haben, die Disposition zu der eitrigen Hepatitis in den meisten Fällen verlieren.

Im Gegensatz zu den Tropen tritt die Hepatitis suppurativa, wie schon erwähnt, bei uns seltener auf. Aus statistischen Zusammenstellungen des Virchow-schen Instituts ergiebt sich, dass nur bei 1,5 % der Autopsien Leberabscesse gefunden wurden. Die spontan entstehende Hepatitis kommt bei uns nur in ganz verschwindender Anzahl vor. Vereinzelte Fälle sind von Babenberger, Duhamel und Frerichs beschrieben worden. Am häufigsten stellt die eitrige Hepatitis ein sekundäres Leiden dar und haben wir folgende Ursachen für das Zustandekommen derselben ins Auge zu fassen. Erstens metastatische Processe und Embolien in die Lebergefässe, bei Eiterung und Geschwüren im Gebiete der vena portarum (Pyaemie, Septikaemie, Dysenterie, Puerperalfieber, typhoese und tuberculoese Geschwüre, eitrige Affektion des ductus choledochus und der Gallengänge), zweitens bei Fremdkörpern in der Leber (Nähnadeln und derartige verschluckte Gegenstände), ferner Gallensteine, endlich Spulwürmer und Echinococcen.

Nur selten ist das Leiden als primäres und dann immer in Folge eines Traumas beobachtet worden, wie bei Sturz aus grosser Höhe, bei Fall auf scharfe Kanten

und bei heftigen Stössen. Auch bei diesen heftigen Eingriffen, welche die Lebergegend so vielfach ausgesetzt ist, ist die traumatische Hepatitis noch im Allgemeinen selten, was wohl darin seinen Grund hat, dass die Thoraxwand in vielen Fällen im Stande ist, Schädigungen von der Leber fern zu halten. So behandelte Frerichs einen Eisenbahnbeamten, dessen rechtes Hypochondrium zwischen die Puffer von Eisenbahnwagen gequetscht war und welcher in Folge dessen ikterisch wurde, ohne dass eine Hepatitis sich entwickelte. Das Krankheitsbild der traumatischen Hepatitis ist in groben Zügen entworfen folgendes: Gleich nach der Verletzung tritt bei den Patienten ein intensiver Schmerz in der rechten Seite auf. Durch die Palpation und Perkussion lässt sich bald eine Vergrösserung der Leber nachweisen. Dazu gesellt sich häufig Ikterus. Gleichzeitig treten mehr oder weniger intensive Fieber mit gastrischen Erscheinungen auf. Der Puls ist klein und frequent, der Stuhlgang häufig angehalten. Oft stellt sich ein trockener Husten und Schmerz in der rechten Schulter ein. Sobald die Eiterung beginnt, nimmt das Fieber an Intensität bedeutend zu und in unregelmässigen Intervallen treten Schüttelfröste auf. Bei einer vollständigen Ausbildung und bei günstiger Lage des Abscesses wird ein fluktuirender, umschriebener Tumor fühlbar. Im weiteren Verlaufe können die Symptome allmählig zurücktreten, indem die Eiterung sich zurückbildet, der Abscess verkleinert und vernarbt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch schreitet die Eiterung weiter und

es erfolgt der exitus meistens durch zu Erschöpfung führendes hektisches Fieber, oder es entwickelt sich eine tödtliche Peritonitis.

Für das seltene Vorkommen der traumatischen Hepatitis sprechen die von einigen Autoren aufgestellten Statistiken. So konnte Budd unter 62 Fällen von eitriger Hepatitis, welche er theils selbst beobachtete, theils aus fremden Beobachtungen zusammengestellt hat, nur zweimal eine Verletzung als Krankheitsursache nachweisen. Seiner Ansicht nach soll überhaupt das Organ wenig Neigung zu traumatischen Entzündungen besitzen. Ein ähnliches statistisches Resultat finden wir bei Baerensprung verzeichnet. Derselbe fand unter 108 Fällen von Leberabscess 13 traumatischen Ursprungs, während Morehead unter 318 Fällen nur 4, also nur 1,3 % beobachtete. Macleand erzählt von einem Soldaten, der in der Trunkenheit mit der Lebergegend auf einen spitzen, grossen Stein fiel und einen tödtlich verlaufenden Leberabscess davontrug.

Zur Bereicherung nun der Literatur über Hepatitis suppurativa traumatica möchte ein Fall beitragen, der im November in der hiesigen medicinischen Klinik zur Beobachtung kam. Wennschon das klar daliegende aetiologische Moment und das wechselvolle Krankheitsbild geeignet sind, unser Interesse zu erregen, so verdient dieser Fall um so mehr unsere Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, da er durch eigenthümliche Complikationen wohl ganz vereinzelt in der Literatur dasteht.

Die Krankengeschichte der Patientin, die vom 28. Oktober an einer traumatischen Hepatitis suppurativa in der hiesigen medicinischen Klinik behandelt wurde, ist folgende:

Anamnese.

Dorothea H . . . ., 40 Jahr alt, Blumenmacherin, giebt an, dass ihr Vater an einer Brustaffektion, ihre Mutter an Altersschwäche gestorben seien. Die Geschwister der Patientin erfreuen sich der besten Gesundheit. Patientin selbst war bis zu ihrem jetzigen Leiden vielfach von Krankheiten heimgesucht. In ihrer frühesten Jugend litt sie oft an einem dicken Halse, ein Uebel, welches periodisch besonders im Frühling und Herbst auftrat, sich schliesslich aber wieder von selbst verlor. An Typhus will Patientin dreimal und zwar in dem Zeitraume vom 14.—30. Lebensjahre erkrankt sein. Genaueres über den Verlauf dieser Typhen vermag Patientin nicht anzugeben. Vor einem Jahre wurde sie in der hiesigen Klinik an Struma mit Erfolg behandelt. Was ihre Genitalsphäre anbelangt, so trat die Menstruation im vierzehnten Jahre in vierwöchentlichen Zwischenräumen auf, ohne je irgend welche Beschwerden zu verursachen. Nachdem sie sich im achtzehnten Lebensjahre verheirathet hatte, gebar sie bis zum Anfang 1882 zwölf Kinder, von denen fünf jung starben. Die Geburten gingen alle ohne Kunsthülfe leicht und ohne viel Beschwerde zu verursachen von Statten. Nur bei der letzten Geburt, nach der sie allerdings ein leichtes Puerperium durchgemacht hatte, soll nach ihrer sehr unklaren Aussage

durch Ungeschicklichkeit der Hebamme, welche ihr das Kind zu schnell weggerissen habe, ein Versehen vorgekommen sein, welches sie als Grund ihres jetzigen Leidens betrachtet. Seit jener Zeit empfand die Patientin einen dumpfen Schmerz im Unterleibe, der wohl zuweilen etwas nachliess, aber nie ganz schwand und sich ganz besonders heftig bei der Menstruation bemerkbar machte. Dieses Leiden jedoch trat bald vollständig in den Hintergrund durch eine Affektion der Leber, die sie sich vor ungefähr sechs Wochen acquirirte. In dieser Zeit stiess sie nämlich ihr fünfzehnjähriger Sohn mit dem Ellenbogen aus Unvorsichtigkeit heftig gegen das rechte Hypochondrium, so dass sie sofort die grössten Schmerzen empfand, nach einigen Tagen in ein heftiges Fieber fiel und lange Zeit ohne Besinnung dalag. Genaueres über den Verlauf des Fiebers vermag Patientin nicht anzugeben. Das Fieber, welches circa drei Wochen anhielt, wurde nach ihrer Angabe von einem Pastor durch weissliche, süsslich schmeckende Pulver zum Stillstand gebracht, so dass sie im Stande war das Bett zu verlassen und wieder, wenn auch mit einiger Mühe ihrem Berufe nachzugehen. Bald jedoch stellten sich bei der Patientin wieder die heftigsten Schmerzen ein. Sie war nicht mehr im Stande zu gehen und allmählich bildete sich unterhalb des rechten arcus costalis eine Anschwellung aus, die in kurzer Zeit so rapid wuchs, dass es ihr schon nach einigen Tagen unmöglich war, die Röcke zuzuschnüren. Die geschilderten, grossen Beschwerden ver-

anlassten die Patientin sich in das hiesige kögl. Universitätskrankenhaus aufnehmen zu lassen.

Status praes. v. 28. X. 82.

Patientin ist von grosser Statur, gut entwickeltem Knochenbau, mässiger Muskulatur, sowie panniculus adiposus. Sie hat ein im hohen Grade hektisches Aussehen. Auf der Haut zeigt sich Pityriasis tabescentium. Das Gesicht hat einen leidenden Ausdruck, die Mundwinkel sind schmerzlich verzogen. Bei der forcirten Athmung werden die Nasenflügel stark gehoben. Die Respirationsfrequenz beträgt 40 in der Minute. Der Thorax ist gut entwickelt und zeigt nirgends Einziehungen. Der Herzstoss ist im 4ten Interkostalraum etwas nach links und unterhalb der Mammilla sichtbar. Der rechte arcus costalis ist im hohen Grade hervorgewölbt, ebenso fällt sofort eine mächtige Anschwellung des rechten Hypochondriums, sowie eine straffere Spannung der Bauchdecken des rechten Epigastriums in die Augen. Am anus findet sich ein etwa kirschkerngrosser Haemorrhidalknoten, der seit längerer Zeit besteht. An den Extremitäten ist nichts abnormes zu entdecken. Die Palpation des Thorax ergiebt keine Abnormitäten, mit Ausnahme des etwas nach oben links dislocirten Herzstosses. Der Puls ist klein und weich. Die Frequenz beträgt 110 in der Minute. Bei der Palpation des Abdomen ergiebt sich, soweit die fabelhafte Schmerzhaftigkeit überhaupt eine exakte Untersuchung zulässt, dass jene Hervorwölbung am rechten arcus costalis, sowie weiter unten am rechten Hypochondrium von der vergrösserten Leber herrührt. Die Oberfläche derselben

ist glatt, ohne Erhebungen. Die Ränder lassen sich nicht durchfühlen wegen der Straffheit der Bauchmuskeln. Die Perkussion der Lungen ergiebt überall normalen Schall. Bei der Auskultation hört man hinten unten rechts geringes feuchtes Rasseln, oben rechts etwas verschärftes Athmen, sonst nichts abnormes. Die Herztöne sind rein, die Dämpfung ist nicht vergrössert. Die Milz ist schwer zu perkutiren, weil Patientin die rechte Seitenlage wegen allzu grosser Schmerzhaftigkeit nicht ertragen kann, scheint jedoch ganz bedeutend vergrössert zu sein. Das Volumen der Leber, die bei der noch so schonenden Perkussion eine bedeutende Empfindlichkeit zeigt, ist beträchtlich vermehrt. Der untere Rand ragt in der Medianlinie bis 1 cm. oberhalb des Nabels herab. Die Untersuchung des Digestionsapparates zeigt keine erheblichen Abnormitäten. Die Zunge ist nicht belegt. Der Appetit ist gut. Patientin klagt über grossen Durst. Erbrechen ist nicht vorhanden. Der Stuhlgang ist angehalten. Der Urin reagirt sauer, fremde Bestandtheile als Eiweiss, Gallenfarbstoff, Zucker sind nicht nachzuweisen. Temperatur M. 37,5. A. 37,7. Die Therapie besteht vorläufig in Applikation eines Darmrohres mit Carlsbader Salz. Abends erhält Patientin ein Pulver von Morph hydrochl. 0,01.

Status praes. v. 29. X.

Am Vormittag stellen sich bei der Patientin wieder lebhafte Schmerzen im Epigastricum ein, die im Laufe des Tages sich über das Abdomen weiter verbreiten und in die rechte Schulter und den rechten Arm ausstrahlen. Die Temperatur, welche am Morgen 37,8

beträgt, steigt am Abend auf 38,4. Der Appetit ist völlig verschwunden, während der Durst vermehrt ist. Die Harnmenge ist vermindert. In dem rothbraunen Urin zeigen sich Spuren von Gallenfarbstoff. P. 116. R. 36.

Status praes. v. 30. X.

Der Zustand ist bedeutend verschlimmert. Nachdem die Patientin in der Nacht in Folge einer Morphiuminjection einige Stunden geschlafen hatte, erheben sich die Schmerzen am Morgen mit erneuter Intensität und ziehen sich über das ganze Abdomen hin. Patientin bietet den Anblick einer Schwerkranken dar. Das Gesicht hat einen leidenden, verzogenen Ausdruck. Die Augen bald unstet umherschweifend, bald stier auf die Umgebung gerichtet, beginnen an der Sclera ein leicht gelbliches Timbre zu erhalten. Der Urin in ganz spärlicher Menge gelassen ist trübe und dunkel. Er zeigt exquisite Gallenfarbstoff-Reaktion. Die Spannung des Abdomens hat gegen gestern bedeutend zugenommen. Am unteren Rande der Leber sind heute zwei Hervorwölbungen von circa Wallnussgrösse sichtbar geworden, die auf Druck nachgeben und weniger schmerzhaft sind, als das übrige Epigastricum. Temp. M. 38,5. A. 39,0. P. 160. R. 52. Patientin erhält eine Eisblase auf das ganze Abdomen und stündlich 1 Esslöffel:

Kal. carbon.
Acid. citric. āā 3,0
Morph. acet. 0,05
Aq. destill. 200,0.

Status praes. v. 31. X.

Der Zustand der Patientin hat eine wesentliche Besserung erfahren. Die Nacht wurde ruhig zugebracht. Die Temperatur ist am Morgen auf 36,8 zurückgegangen. Von den gestern zuerst konstatirten Prominenzen am unteren Leberrande ist heute nichts mehr zu bemerken, ebenso ist die Schmerzhaftigkeit des Unterleibs fast völlig verloren gegangen, sodass z. B. die Patientin ohne allzu grosse Schmerzen sich erheben und im Bette sich bewegen kann. Der Ikterus nimmt allerdings an Intensität und Verbreitung zu. In dem trüben Urine zeigt sich ein ziegelrothes Sediment und deutliche Gallenfarbstoff-Reaktion. Die Temperatur hat am Abend wieder 39,5° erreicht. P. 112. R. 28.

Status praes. v. 1. XI.

Die Eisblase wird von der Patientin gut vertragen und verschafft ihr viel Linderung. Die Temperatur beträgt am Morgen 37,9, am Abend 39,0. P. 104. R. 24. Im Laufe des Tages zeigen sich wieder derartige oben erwähnte Prominenzen am unteren Leberrande, die in der Nacht wieder zurückgehen. Patientin klagt über Stuhlverhaltung und erhält ein Darmrohr, das ihr reichliche Entleerung und Linderung verschafft. Der Icterus fängt an ein allgemeiner zu werden.

Status praes. v. 2. XI.

Am Vormittag ist keine bemerkenswerthe Veränderung im Befinden der Patientin eingetreten; dagegen wird am Nachmittag ein intensiver Schüttelfrost beobachtet. Auf ein genaueres Examen giebt Patientin

an, dass sie schon öfter dergleichen Anfälle, wenn auch von geringerer Intensivität gehabt habe.

Die Abendtemperatur beträgt 39,2. P. 100. R. 22.

Status praes. v. 3. XI.

Keine Veränderung im Befinden. T. M. 37,4. P. 96. R. 24. A. 39,1. P. 100. R. 26.

Status praes. v. 4. XI.

Das Fieber bleibt auch in der Nacht. Patientin erwacht mit einer Temperatur von 38,3. Die Schmerzen haben einen solchen Grad erreicht, dass sie laut wimmert und um Hülfe ruft. Nach diesem Zustand der Aufregung verfällt sie am Nachmittag in einen soporösen Zustand. Patientin liegt völlig theilnahmlos da und giebt auf an sie gerichtete Fragen nur verwirrte, unbestimmte Antworten. Durch eine subcutane Injection und innerliche Darreichung von Aether werden die Kräfte wieder etwas gehoben.

Auf der rechten unteren hinteren Thoraxhälfte sind heute deutliche klingende Rasselgeräusche wahrzunehmen. T. Abends 39, 4. P. 100. R. 26.

Status praes. v. 5. XI.

Auch heute Nachmittag wurde ein Schüttelfrost, wenn auch von geringerer Intensität als am 2. XI. beobachtet. T. M. 38, 2. P. 110. R. 26. A. 39,5. P. 112. R. 28.

Status praes. v. 6. XI.

Das Fieber bleibt konstant und erreicht am Abend die Höhe von 40,0. Der drohende Collaps ist durch Aetherinjectionen nicht mehr aufzuhalten. Um 10 Uhr erfolgt der exitus letalis.

Die Sektion der Leiche wurde am folgenden Tage post mortem von Herrn Prof. Grohé in hiesigem pathologischem Institut ausgeführt und es soll im Folgenden ein Auszug aus dem Sektionsprotokoll wiedergegeben werden.

Sehr abgemagerte weibliche Leiche. Hautdecke intensiv gelb gefärbt. Todtenstarre oben gelöst, unten etwas vorhanden. Am Rücken und Gesäss deutliche Livores. Am Kreuzbein beginnender Decubitus. Nagelglieder leicht cyanotisch verfärbt. Brüste höchst atrophisch, Bauchdecken gespannt. Unterhautzellgewebe schwach, sehr gelb gefärbt.

Muskulatur am Thorax atrophisch. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle drängen sich die mässig erweiterten Dünndarmschlingen hervor.

Die Leber überragt in beiden Lappen den Rippenrand.

In der Medianlinie (lig. susp.) 10 cm.

Der linke Lappen zwischen Sternum und Rippeninsertion 11 cm.

Der rechte Lappen zwischen Sternum und Rippeninsertion 11 cm.

Der linke Rand wird bedeckt von Milz- und Magenrand. Das Diaphragma links und rechts untere Rand der dritten Rippe.

Bei der Inspektion des rechten Leberlappens markirt sich eine fast apfelsinengrosse, gelbliche fluktuirende Stelle. Das subcapsulaere Gewebe zeigt ebenfalls gelbe Stränge von Ueberresten von Gallengängen. Gegen unten eine erbsengrosse Stelle mit Exsudat.

Matsches Gewebe. Perforation nahe. Kapsel feucht, glatt, glänzend, ohne Exsudat; nur rechts an der betreffenden Stelle ein sehr zarter Anflug.

Bei der Eröffnung des Thorax retrahiren sich die Lungen gut. Das Herz ist aus der normalen Lage etwas nach oben gedrängt. Grösse normal. Linkes Herz leer. Rechtes Herz mit dicken Cruormassen und Speckhautgerinnsel gefüllt. Muskulatur ikterisch gefärbt. An den Klappen nichts abnormes. For. ovale geschlossen.

Linke Lunge hinten adhärent. Unterlappen mit Faserstoff beschlagen. Lappen lufthaltig. Pigment mässig.

Aus den Bronchen entleert sich Flüssigkeit. Oberer Lappen hinten kleinblasiges Oedem. Untere Lappen Hypostase. Icterisches Parenchym.

Lunge rechts mit Pericard, Mediastinum, Diaphragma verwachsen. Lufthaltig. Hinten links Atelektase. Aus den grossen Bronchen gelbe Flüssigkeit. Hauptäste der a. pulmonalis leer. Obere Lappen wenig Oedem.

Omentum mässig fetthaltig, ebenso Mesenterium. Drüsen klein. Darmoberfläche glatt. Magen stark aufgeblasen vom linken Leberlappen bedeckt.

Milz sehr gross, prall, fest. Länge 21 cm. Breite 11 cm. Dicke 6 cm. Kapsel gespannt. Milzvenen enthalten dunkles, flüssiges Blut. Pulpa durchscheinend, weich, verwaschen, leicht abzustreifen. Die Malpighischen Bläschen deutlich erkennbar, klein und zahlreich. Im Magen circa $^3/_4$ Liter einer mit weissen Flocken vermischten ikterischen Flüssigkeit.

Der untere Leberrand ragt bis zur rechten fossa iliaca. Gallenblase sehr stark dilatirt. 5 cm. Durchmesser. An der unteren Seite mit der vorderen Inguinalgegend verwachsen. Nach der Herausnahme der Leber finden sich ausgedehnte Verwachsungen mit dem Diaphragma in einer Ausbreitung von Handfläche. Die oben erwähnte Stelle im rechten Lappen reisst bei der Herausnahme ein und es entleert sich ein gewaltiger Strom etwa $2\frac{1}{2}$ Liter einer eitrigen Flüssigkeit mit vielen erbsen- bis wallnussgrossen Echinokoccusblasen, theils geplatzt, theils wohl erhalten. An der Verwachsungsstelle wird der Sack von der dünnen Kapsel gebildet, an einzelnen Stellen von einer neuen, dicken Masse. Gegen den stumpfen Rand beträgt die Dicke der Leberzone 5—10 mm. Die Oberfläche der unteren Seite des Sackes wird von einer neuen, festen Masse gebildet, in der sich dicke gefässhaltige Stränge befinden. Im Duodenum befindet sich ein grauweisser, schwach gelblicher, schleimiger, seröser Inhalt. Die Mündung des ductus choledochus zeigt eine sehr deutliche starke Falte. Bei Druck auf die Gallenblase entleert sich eine eitrig aussehende Flüssigkeit. Beim Aufschneiden der Gallenblase derselbe Inhalt mit zahlreichen, kleinen Echinokokkenblasen. Schleimhaut leicht grau, blass, trübe, einzelne kleine Gefässe stärker gefüllt. Die Schleimhaut des Duodenums ist bis in das Jejunum normal, die des Magens ikterisch gefärbt. Die Leber ist kollossal gross in beiden Lappen.

Rechte Leber Länge 22 cm., Breite 22 cm., Dicke

9 cm. Linke Leber Länge 24 cm., Breite 14½ cm., Dicke 7 cm. Ränder rund und dick. Ausser der missfarbigen Beschaffenheit an der Adhäsionsstelle, Oberfläche normal. Der acinöse Bau ziemlich normal. An der Oberfläche des linken Lappens Serosa glatt. Am lig. suspensorium eine 6 cm. breite, 4 cm. lange getrübte Stelle, bei der gelblichweisse Massen durchschimmern. Beim Durchschnitt entleert sich eine trübe Masse gallig gefärbt. Die gelbe Stelle entspricht einer Höhle mit eitriger Masse erfüllt. Etwas nach rückwärts eine ähnliche Stelle, desgleichen noch an mehreren anderen Stellen.

Harnblase stark kontrahirt, enthält einige Tropfen einer trüben, gelblichen Flüssigkeit. Am anus einige ektatische Gefässe, ein kleiner Schleimpolyp, Drüsen oberhalb desselben stark entwickelt. Uterus etwas gross, schwach anteflektirt. Linke Tuba normal. Am serösen Ueberzuge kleine Cystchen. Ovarien klein kollabirt mit zahlreichen Cysten.

Im Dünn- und Dickdarm sehr wenig grauweisse, trübe Flüssigkeit ohne feste Beimengung.

Durch die Sektion also wurde die klinische Diagnose auf Hepatitis suppurativa bestätigt. Als zufälliger Befund muss der Echinococcus angesehen werden, für dessen Aetiologie uns auch nicht die geringste Spur offenbart ist, und wer sollte auch ahnen, dass jenes Trauma zufällig mit Echinococcus zusammentrifft. Dieser Sack konnte natürlich nicht zur Heilung kommen, sondern musste bald deletären Einfluss auf das Blut und somit auf das Leben des Patienten aus-

üben. Wie die statistischen Berichte beweisen, ist ja die Leber der Hauptsitz des Echinococcus. Die Abscessbildung ist selten spontan, sondern wird meist durch Trauma herbeigeführt. So berichtet Neisser*) z. B. einen Fall, der mit dem unsrigen einige Aehnlichkeit hat. Ein englischer Boxer hatte in einem Kampfe einen Schlag in die Gegend der Leber erhalten. Nach fünf Wochen trat der Tod des kräftigen Mannes ein, der sich vorher vollständig gesund gefühlt hatte. Bei der Section ergab sich ein Echinococcussack der Leber, welcher mit Blutcoagulis angefüllt war. In seiner Nähe befanden sich einzelne erbsen- bis wallnussgrosse Abscesse.

Zur Aetiologie der Leberabscesse hat der vorliegende Fall dadurch eine besondere Bedeutung, dass das Trauma eine doppelte Wirkung gehabt hat. In dem linken Lappen war eine primäre Hepatitis suppurativa zu Stande gekommen und ausserdem war der im rechten Leberlappen vorhandene Echinococcussack durch dieses Trauma in Eiterung übergegangen, sodass wir zwei Leberabscesse verschiedenen Ursprungs vor uns haben. Leider war der erweiterte Echinococcussack total unter dem arcus costalis gelegen und dadurch für die Palpation, wie für die Punktion nicht zugängig. Der im linken Leberlappen vorgefundene Abscess war zu klein und zu tief gelegen um nach aussen eine erreichbare Prominenz darzustellen, auch war die Palpation der Lebergegend so schmerzhaft,

*) Die Echinococcen-Krankheit von Dr. Albert Neisser.

dass eine gründliche Palpation sehr erschwert wurde. Die Geschwulst, welche zu palpiren war und welche wir hervortreten fanden, war die Gallenblase. Es ist ein glücklicher Umstand, dass die letztere nicht punktirt ist; dieselbe war in keiner Weise verwachsen und der eitrige Inhalt hätte sich in die Bauchhöhle ergossen. Die folgende septische Peritonitis hätte in Kurzem den exitus letalis herbeigeführt.

Die von mir benutzte Literatur ist folgende:

Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten.

Ewald, Ueber Leberabscess in Eulenburg's Encyclopaedie der medic. Wissenschaft.

Neisser, Die Echinococcen-Krankheit.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Weber, ev. Confession, Sohn des Kaufmanns Carl Friedrich Weber und dessen Ehefrau Caroline geb. Pohlmann, wurde am 21. December 1857 zu Gardelegen in der Altmark geboren. Zuerst besuchte ich die Schule meiner Vaterstadt, dann die Gymnasien zu Stendal und Seehausen i/A., wo ich Michaelis 1878 das Abiturientenexamen bestand. Nach absolvirtem Examen bezog ich die Universität Leipzig, um Medicin zu studiren. Nach dreisemestrigem Aufenthalt siedelte ich nach Würzburg über, wo ich am 3. März 1881 das Tentamen physicum bestand. Hierauf kehrte ich ein Semester nach Leipzig zurück, um mich dann Michaelis 81 nach Greifswald zur Beendigung meiner Studien zu begeben. Am 13. December bestand ich das Examen rigosorum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen resp. Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Leipzig:

Prof. Prof. Braune und His: Systematische Anatomie. Präparirübungen.
Prof. Braune: Osteologie.
Prof. Hankel: Physik.
Prof. Kolbe: Experimentalchemie.
Prof. Leukhart: Vergleichende Anatomie.
Dr. Strümpell: Percussion und Auskultation.
Prof. Dr. Thiersch: Chirurgie.

In Würzburg:

Prof. Fick: Physiologie.

Dr. Gad: spec. Nervenphysiologie.

Geheimrath v. Kölliker: mikroscop. histolog. Curs. Präparirübungen.

Prof. Kohlrausch: Physik.

Dr. Medicus: Repetitorium d. anorg. Chemie.

Prof. Sachs: Pflanzenphysiologie.

Dr. Stöhr: Parasiten des Menschen.

Prof. Wislicenus: organ. Chemie.

In Greifswald:

Prof. Eulenburg: Elektrotherapie. Ueber Alkaloide.

Prof. Grohé: Demonstrativer u. pract. Cursus der pathol. Anatomie.

Prof. Hüter: Chirurgische Klinik.

Dr. Löbker: Verband und Instrumentenlehre. Operationen an Knochen und Gelenken.

Prof. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie. Med. Klinik. Physikal. Diagnostik. Kehlkopfskrankheiten.

Prof. Pernice: Geburtshülfliche Klinik. Frauenkrankheiten.

Dr. v. Preuschen: Theorie d. Geburtshülfe. Operationen am Phantom.

Prof. Schirmer: Augenheilkunde. Augenklinik und Ambulatorium.

Prof. Vogt: Chirurg. Klinik. Operationscurs. Ausgewählte Kapitel aus der Zahn- und Ohrenheilkunde. Specielle Chirurgie.

Allen diesen hochverehrten Herren spreche ich an dieser Stelle meinen Dank aus, besonders Herrn Prof. Dr. Mosler, der mir in liebenswürdiger Weise das Material zu dieser Arbeit überliess und bei dem ich 2 Monate als Volontairarzt zu fungiren die Ehre hatte.

Thesen.

I.

Bei chronischen Milztumoren ist die parenchymatoese Injection von Solutio ars. Fowleri der Splenotomie vorzuziehen.

II.

Die Entdeckung des Bacillus tuberculosus macht eine Aenderung der Therapie der Tuberkulose nothwendig.

III.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist allen andern Methoden die Einführung des elastischen Katheters vorzuziehen.